VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 132)
z dnia 28 maja 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 132)

28 maja 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat profilaktyki i zapobiegania udarom mózgu. Nowoczesne leczenie i rehabilitacja chorych po udarze mózgu,

– propozycje tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2015 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Barbara Górska-Kulesza** ekspert w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Katarzyna Czyżewska** prawnik w Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Eugeniusz Jarosik** rzecznik prasowy Naczelnej Izby Aptekarskiej, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Adam Siger** prezes Fundacji Udaru Mózgu wraz ze współpracownikami, **Sebastian Szyper** prezes Stowarzyszenia Udarowcy – Liczy się Wsparcie wraz ze współpracownikami oraz **Marek Wójcik** dyrektor Biura Związku Powiatów Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry.

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów, pana ministra, pana prezesa ze współpracownikami i wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. W pierwszym punkcie rozpatrzymy informację Ministra Zdrowia na temat profilaktyki i zapobiegania udarom mózgu, nowoczesne leczenie i rehabilitacja chorych po udarze mózgu. Informację przedstawia Minister Zdrowia. A w drugim punkcie rozpatrzymy propozycje tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2015 r.

Czy są uwagi dotyczące porządku obrad?

Nie słyszę uwag. W takim razie stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty.

Przystępujemy zatem do realizacji punktu pierwszego.

Panie ministrze, bardzo proszę. Oddaję panu głos.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Otrzymali państwo informację pisemną na temat profilaktyki i zapobiegania udarom mózgu już kilka tygodni temu, ale, żeby pogłębić tę wiedzę, poprosiłbym panią profesor Danutę Ryglewicz, konsultanta do spraw neurologii i, być może, pana profesora Waleckiego, o uzupełnienie tej informacji pisemnej, którą państwo otrzymali, o krótkie wypowiedzi wprowadzające.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, udary bez wątpienia są dużym problemem społecznym i medycznym. W przypadku udarów mózgu jest kilka elementów, które powinny stanowić podstawę terapii. Są to na pewno profilaktyka, odpowiednie leczenie udaru w ostrym stanie a później – rehabilitacja.

Rozumiem, że tematem dzisiejszego spotkania jest rehabilitacja i zabezpieczenie rehabilitacji pacjentów z udarem mózgu.

Bez wątpienia jest to problem trudny, aczkolwiek już są pewne rozwiązania systemowe. W kraju mamy sieć oddziałów udarowych. Zgodnie z kontraktami, które są podpisywane z Narodowym Funduszem Zdrowia, każdy oddział udarowy powinien mieć umowę czy kontrakt z oddziałem rehabilitacji neurologicznej w zakresie wczesnej rehabilitacji, żeby pacjent po wypisaniu z oddziału udarowego, jeżeli tego wymaga, mógł być skierowany do oddziału rehabilitacji.

Sytuacja w kraju jest, oczywiście, różna. Są obszary, gdzie jest lepiej, są obszary, gdzie jest gorzej. Ja tu widzę przedstawicieli województwa łódzkiego, chyba jedna z trudniejszych sytuacji jest na terenie województwa łódzkiego. Jednakże na większości obszarów ta możliwość jest, pacjenci z tego korzystają.

Trzeba podkreślić, że nie każdy pacjent będzie rehabilitacji wymagać bezwzględnie. Jeżeli byśmy spróbowali szacować to z grupy pacjentów, którzy przeżyją udar, mniej więcej u 25% następuje poprawa na tyle, że nie wymagają rehabilitacji w oddziale stacjonarnym. Kolejne 30% to pacjenci w tak ciężkim stanie somatycznym, że nie podołają trudom rehabilitacji, która wymaga wydolności układu krążenia i oddychania. Na podstawie naszych kalkulacji przeprowadzonych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, gdzie są dwa duże oddziały udarowe i duży oddział rehabilitacji neurologicznej, szacujemy, że około 30% pacjentów wymaga, aby w okresie jak najwcześniejszym po wypisaniu z oddziału udarowego byli przeniesieni do oddziału rehabilitacji neurologicznej. Taka procedura jest. Oddziały rehabilitacji mają podpisane umowy i pacjenci są przyjmowani. Natomiast w kraju sytuacja jest pewnie zróżnicowana.

To gwoli wstępu, bo myślę, że nie ma co przedłużać – dokumenty były przesłane.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan profesor Walecki.

Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej Jacek Walecki:

Proszę państwa, z punktu widzenia diagnostyki chorych poudarowych, a także z punktu widzenia tak zwanej profilaktyki wtórnej, jest to zagadnienie niesłychanie ważne w tej grupie chorych, którzy trafiają do rehabilitacji.

Otóż, w Polsce w zasadzie nie ma problemu w zabezpieczeniu chorych, jeśli chodzi o diagnostykę tomografii komputerowej. To jest badanie, które jest złotym standardem u chorych poudarowych a także – jak wiadomo – wszystkie oddziały udarowe mają aparaty ultrasonograficzne, które są dostępne we wszystkich szpitalach, gdzie są oddziały rehabilitacji poudarowej. Ważne to jest dlatego, że to, że chory przebył udar wcale nie znaczy, że zmiany naczyniowe nie mogą powodować kolejnej zmiany wtórnej do ogniska przebytego, często krwotocznej.

Dlatego jesteśmy przygotowani, żeby chorych w odpowiedniej sekwencji czasu diagnozować zarówno, jeśli chodzi o naczynia domózgowe, jak i TK, żeby ocenić, na ile właściwie przebiega gojenie blizny udarowej, na ile dochodzi do zmian, które by świadczyły o remisji.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie.

Otwieram dyskusję.

Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos?

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, zagadnienie udarów było również przedmiotem konferencji, którą organizowałam poprzez podkomisję do spraw zdrowia publicznego. Mówiliśmy wtedy o kompleksowej opiece a także, między innymi, o problemach związanych z udarami.

Chciałabym przypomnieć Szanownej Komisji dwa wątki, które wtedy wybrzmiały, bo rozumiem, że w dalszym ciągu na tych dwóch problemach będziemy się skupiać.

Po pierwsze, z tego, co pamiętam, mamy wzrost zachorowalności na udary, szczególnie u kobiet. W ich przypadku zagrożenie jest szczególne. Problem rehabilitacji – jak tutaj pani profesor powiedziała – jest rozwiązany tylko częściowo, ponieważ mówimy o wczesnej rehabilitacji poudarowej. To, rzeczywiście, jest gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jakby w pakiecie z opieką, poprzez oddziały udarowe, natomiast nadal problemem jest dalsza rehabilitacja, ponieważ z reguły ci pacjenci, którzy doznają udaru, dość często, niestety, są porażeni czy mają niedowłady, których nie da się zrehabilitować w czasie krótkiego, sześcio- ośmiotygodniowego pobytu na oddziale udarowym. Dlatego chciałabym zwrócić uwagę na to, że dalsza rehabilitacja, tak bardzo potrzebna do tego, żeby ci pacjenci mogli wrócić do życia i funkcjonowania, i na tyle usprawniona, żeby mogli także częściowo wrócić do zawodu (oczywiście, nie w każdym przypadku, ale chodzi o to, aby mogli się odnaleźć również zawodowo) jest bardzo ważnym elementem.

To pierwsza sprawa, którą chciałam poruszyć.

Druga sprawa, dotyczy profilaktyki, bo wiemy, że ostre schorzenia układu krążenia ściśle łączą się z profilaktyką. W tym zakresie mamy duży wpływ i duże możliwości. To, że w Polsce borykamy się z problemem otyłości, nadciśnienia i innymi czynnikami ryzyka – paleniem papierosów itd., wszyscy wiemy. Wielokroć na ten temat mówiliśmy, również na posiedzeniach Komisji Zdrowia. Natomiast w dalszym ciągu brakuje kompleksowej opieki, jeżeli chodzi o schorzenia układu krążenia. Mamy dobrze funkcjonujący jeden element – kardiologię i kardiologię inwazyjną – i bardzo dobre wyniki. Bardzo dobrze, że ten element jest, że dobrze działa i wskaźniki się poprawiły. Nie możemy tutaj absolutnie nic zmieniać. Musimy jednak dobudować kolejne dwa elementy, czyli wczesną profilaktykę, zapobieganie, i to już od wczesnych lat dziecięcych (bo jest otyłość wśród dzieci, o czym też już mówiliśmy) i rehabilitację.

Tak więc, reasumując swoją wypowiedź, chcę powiedzieć, że posłowie, którzy spotkali się z tą tematyką na posiedzeniu podkomisji zdrowia publicznego, doskonale znają ten temat i pewnie, po raz kolejny, postulujemy to, aby leczenie poszczególnych jednostek chorobowych – nie tylko udarów – przebiegało w sposób kompleksowy i, aby efekt tego był widoczny docelowo, również poprzez przywrócenie pacjentów dożycia i do zawodu.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie prezesie, panie i panowie posłowie, szanowni goście, problem udarów mózgu jest nie po raz pierwszy omawiany w parlamencie. Pamiętam konferencję, ona odbywała się w Senacie z inicjatywy, między innymi, Fundacji Udaru Mózgu. Wtedy eksperci przekonywali nas, że rozwiązania dotychczas stosowane w naszym kraju nie do końca są wystarczające w dobie standardów światowych, przede wszystkim, jeśli chodzi o profilaktykę udarów mózgu, ale też leczenie.

Jak pamiętam, dwie sprawy wybrzmiewały najdobitniej.

Pierwsza, jeśli chodzi o profilaktykę, to (poza całą sferą aktywności poszczególnych osób) jaki tryb życia prowadzą, czy palą papierosy, czy nie, czy zachowują odpowiednią aktywność fizyczną, czy są bardzo narażone na stres, czy nie, czy – w przypadku kobiet – właściwie przyjmują środki antykoncepcyjne, czy nie, bo to jest istotne. To pierwszy element prowadzący do tego, że dość często występowały kłopoty, wtedy, kiedy nakładały

się na migotanie przedsionków z tworzeniem się zatorów. To była główna z przyczyn występowania udarów mózgu. To znaczy, to występuje, cały czas jest. Chodziło wtedy o to, że standardy światowe przewidują lepsze, nowocześniejsze leki trombolityczne, które można stosować.

Drugi bardzo ważny obszar dotyczył już leczenia poudarowego, w postępowaniu rehabilitacyjnym a, przede wszystkim, stosowania toksyny botulinowej w celu znoszenia przykurczów i różnego rodzaju stanów spastycznych, które często wręcz uniemożliwiały rehabilitację.

Z tego, co wiem, jeśli chodzi o program leczenia botulinowego, to został on rozwiązany. Chciałbym natomiast dowiedzieć się, jaka jest dostępność nowoczesnych leków trombolitycznych. Nie potrafię ich nazwać, bo nie jestem specjalistą w tym zakresie, ale myślę, że obecni tu eksperci nam to przypomną. Oczekuję odpowiedzi, czy w tym aspekcie coś się zmieniło.

Mówię to nie bez przyczyny, ponieważ (jak to pani przewodnicząca przede mną powiedziała) problem udarów mózgu to problem ze sfery zdrowia publicznego, dotyczy bowiem tak dużej liczby osób w naszym kraju, i stale rosnącej, że – po pierwsze – koszty leczenia i całego postępowania ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia są olbrzymie i rosnące a, po drugie – i to jest chyba ważniejsze – udar mózgu powoduje często trwałe wyłączenie aktywnego zawodowo i społecznie człowieka z dalszego życia, i skazuje go na ciągłą rehabilitację, która często bywa nieskuteczna.

Ja sam jako pacjent dość często muszę korzystać z pomocy oddziałów rehabilitacyjnych. Gros osób, które tam spotykam, jest po udarach. To nie są osoby po urazach, choć takie też się zdarzają. Gros, to pacjenci po udarach. Zatem sam obserwuję, jak to wygląda.

Muszę więc powiedzieć, że kluczową sprawą jest to, żeby doprowadzić do takiej sytuacji, żeby maksymalnie dużą liczbę osób aktywnych zawodowo przywracać do pełnej funkcjonalności, żeby mogły swobodnie wracać do pracy i do swojego normalnego życia. Wydaje mi się, że do tego powinniśmy dążyć. To powinien być nasz cel, oczywiście na tyle, na ile jest to możliwe w każdym poszczególnym przypadku.

Proszę o odpowiedź dotyczącą leków, szczególnie trombolitycznych.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan przewodniczący Hoc, proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący Katulski pytał o nowoczesne leki trombolityczne. Ja do tego nawiążę i będę pytać pana ministra, czy państwa – autorytetów naukowych – o nowoczesne leki przeciwzakrzepowe. Przede wszystkim chodzi mi o migotanie przedsionków. Wiemy, że migotanie przedsionków jest najczęstszą przyczyną (w 20%) udarów niedokrwiennych. Z praktyki lekarskiej wiem, że są poważne utrudnienia w profilaktyce przeciwzakrzepowej, jeśli chodzi o migotanie przedsionków, bo dotychczas wszystkie leki przeciwzakrzepowe typu Acenocumarol, Warfin czy Sintrom wymagają badania wskaźnika protrombinowego. Są natomiast nowe leki – przepraszam, powiem preparaty – Xarelto, Pradaxa, które są jednak bardzo drogie, ale nie wymagają badania tego wskaźnika.

Jest więc problem, i pytanie do pana ministra, czy gdyby były wskazania, albo powinny być takie wskazania, z uwagi nie tylko na zapobieganie udarom przy utrwalonym migotaniu przedsionków (mówię o utrwalonym migotaniu przedsionków), ale również przetrwałym i napadowym, jest celowe przewlekłe dawkowanie leczenia przeciwzakrzepowego. Czy nie należałoby się zastanowić nad refundacją takich leków? Ja nie mówię o tych preparatach, bo wiem, że trzeba podać nazwę międzynarodową a w tej chwili nie pamiętam. Czy nie należałoby się zastanowić nad tym, żeby refundować te leki, bo koszt efektywny wyjdzie *in plus*, bo jeśli ktoś, kto już nie może sprawdzać co 3-4

tygodnie wskaźnika protrombinowego, przeszedłby na nowoczesne leki przeciwzakrzepowe, to automatycznie zmniejszylibyśmy liczbę udarów niedokrwiennych.

W konkluzji, moje pytanie brzmi tak: czy Narodowy Fundusz Zdrowia zastanawiał się nad wprowadzeniem refundacji tych nowoczesnych leków przeciwzakrzepowych, by zwiększyć stopień kontroli przeciwzakrzepowej w przypadkach utrwalonego migotania przedsionków i zapobiec udarom niedokrwiennym?

To pierwsze moje pytanie.

I drugie pytanie. Patrząc na informację prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, mam pytanie, może retoryczne a może wymagające tylko zastanowienia się (oczywiście nie zgłaszając żadnych pretensji do nikogo ani krytyki), zastanawia mnie fakt, że w rozpoznaniach zawałów mózgu i różnego rodzaju udarów są dwie pozycje, w przypadku których wyraźnie zwiększyła się liczba hospitalizacji.

Pierwsza – zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnicy mózgowej.

Druga – zawał mózgu wywołany przez zator tętnicy mózgowej.

Moje pytanie, czy moja konstatacja, brzmi następująco – dlaczego tak się dzieje? Czy to z jednej strony nie jest nadrozpoznawalność po to, żeby dostawać bardzo dobre procedury i dobrą zapłatę a z drugiej, czy było tak, że kiedyś, kiedy nie było dobrej procedury i wyceny, to było mniej zawałów i udarów? Czyli, można byłoby sądzić, że była gorsza jakość świadczonych usług, natomiast, kiedy wszystko nabrało sensu płatniczego (jak bym powiedział) to nagle wzrosła liczba zawałów mózgu wywołanych przez zatory i zakrzepy tętnic mózgowych.

Zatem, z jednej strony, to dobrze, że tak nowocześnie i skutecznie leczymy, natomiast z drugiej strony – powiem w ten sposób – to znaczy, że jeśli ktoś 2 czy 3 lata temu miał tego rodzaju zawał czy udar mózgu i był leczony w sposób nieprofesjonalny, a teraz zaczyna być to leczone bardzo dobrze, to chodzi o to, że ten pieniądz... Może z jednej strony jest nadrozpoznawalność, a z drugiej strony poprzedni pacjenci mieli o wiele gorzej – to jest moja refleksja natury etycznej. Czy się mylę?

Wolałbym, żeby pani profesor, czy ktoś z państwa, powiedzieli – tak, to jest wzrost, bo jest nowoczesne rozpoznawanie, nowoczesna diagnostyka. Tak się stało. To nie jest powodem... Byłbym uspokojony, że tak jest. I tylko tyle.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja jestem rozczarowana tym materiałem. Muszę powiedzieć, że również, niestety – wystąpieniem państwa profesorów, bo chciałabym wiedzieć, czy jest dość pieniędzy, czy trzeba coś zmienić w prawie, czy trzeba zastosować jakieś szczególne programy. To jest jedna z najkosztowniejszych chorób, która często skazuje człowieka nie tylko na niepełnosprawność, ale i na niesamodzielność przez długie lata. To kosztuje bardzo drogo. My tutaj dostajemy z ministerstwa taki materiał, jak dla księgowej a my jesteśmy Komisją Zdrowia i chcielibyśmy wiedzieć, co trzeba zrobić w tym zakresie, żeby lepsza była profilaktyka, żeby być może była jakaś promocja, która byłaby prowadzona w ramach programów publicznych, że na to, być może, potrzebne są pieniądze.

Chcę też wiedzieć, co wynika z tego, że w jednym z najmniejszych województw jest bardzo dużo łóżek poudarowych, a w innych, dużych województwach, jest ich mniej. Czy to znaczy, pani profesor, że tych łóżek jest dosyć? Czy może potrzeba ich więcej, albo potrzebna jest jeszcze dodatkowa rehabilitacja? Dlaczego spotykam ludzi (również dzwonią do mnie), którzy mówią, że wypisali ojca ze szpitala po udarze i nie wiedzą, co z nim zrobić? Ja też nie wiem, co robić, ale chciałabym wiedzieć, że ktoś bierze odpowiedzialność za to, co dalej dzieje się z tym człowiekiem, kiedy wychodzi z oddziału udarowego, bo szczerze mówiąc zbrodnią jest ratować życie człowiekowi i zostawiać go w takim stanie, że sam nie może wziąć szklanki wody albo, kiedy nawet mu się poda szklankę z wodą, to sam jej nie wypije.

Zatem, ja oczekuję, że państwo to wszystko dzisiaj powiedzą, a nie będą pisać, że tyle jest jednostek (tyle A, tyle B, a tyle B i C), bo ja nic z tego nie jestem w stanie zrozumieć. Muszę do tego mieć specjalny przewodnik, żeby to przytomnie czytać i zrozumieć te wszystkie bardzo ważne informacje księgowe. Czy to jest dużo pieniędzy? Czy to jest mało pieniędzy? Czy tych pieniędzy brakuje? A jeśli brakuje, to na co? Gdzie ich brakuje? A jeżeli brakuje personelu, to gdzie go brakuje. O personelu ani słowa, o miejscach rehabilitacyjnych też niewiele. Owszem, jest bardzo dobra rehabilitacja poudarowa w szpitalu, ale – co potem robić z takim chorym, który wychodzi ze szpitala. Może jest potrzebna profilaktyka – wcześniejsze badania. Trzeba się nad tym zastanowić, jak nie dopuszczać do takiego stanu, jakie badania wdrożyć.

Ja to wszystko, proszę państwa, chciałabym wiedzieć.

Po to zbieramy się na posiedzeniu Komisji, żeby to wszystko omówić, żeby o tym powiedzieć i, żeby wyraźnie zarysować jakiś program i za rok spotkać się i powiedzieć „bardzo dziękujemy, panie ministrze, że pan był tak łaskaw i wdrożył ten program" a panu prezesowi podziękować, że dał na ten cel odpowiednie środki.

Po takiej prezentacji i dyskusji ja nie potrafię państwu powiedzieć, czego musimy się domagać, o co postulować i co potem sprawdzać, czy zostało wykonane.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos?

Nie widzę zgłoszeń, zatem – zanim poproszę o zabranie głosu przez zaproszonych gości, jeśliby ktoś z państwa chciał zgłosić się do pytania – ja też zabiorę głos.

Panie ministrze, w dużym stopniu zgadzam się z tym, co powiedziała przed chwilą pani poseł Hrynkiewicz. Generalnie spotykamy się na posiedzeniu Komisji – taka była idea i cel zajęcia się tym tematem – nie po to, by „odfajkować" temat i powiedzieć, że porozmawialiśmy o udarach i rehabilitacji poudarowej, bo ktoś to zaproponował do planu pracy, że czegoś się dowiedzieliśmy, poznaliśmy jakąś statystykę, i tyle. Bardziej chodzi o to (skoro wszyscy wiemy, bo powiedzieli to również konsultanci krajowi i pan minister zawarł to w swoich materiałach, że jest to problem polskiego społeczeństwa, i to duży, bo jest coraz więcej chorych), abyśmy dowiedzieli się, w jakim kierunku będą ewentualnie zmierzać prace NFZ czy ministerstwa.

Przyjęliśmy pewne rozwiązania, na przykład, w kardiologii, które okazały się bardzo skuteczne. Czy w tym zakresie chcemy przyjąć podobne rozwiązania, czy będziemy tę sprawę załatwiać inaczej? W różnych miejscach kraju powstały centra udarowe. Warto dowiedzieć się (chciałbym o to zapytać), na ile działanie tych centrów jest skuteczne, efektywne. Czy tych centrów powinno powstać więcej? Na ile trzeba zmienić finansowanie w tym przypadku, i to zarówno, jeśli chodzi o diagnostykę (bo, jak rozumiem, funkcjonowanie tych centrów udarowych oparte jest na 24-godzinnej możliwości wykonania chociażby badań naczyniowych) i – ewentualnie – wdrożone leczenie, czy inne możliwości.

Tego wszystkiego chcielibyśmy się dowiedzieć, bo to z punktu widzenia Komisji jest kluczowe do ewentualnego wniosku o być może większe finansowanie, dalsze tworzenie tych centrów, aby osiągnąć efektywność i skuteczność zbliżone do tych, jakie mamy w kardiologii.

Przypominam, że jeżeli chodzi o leczenie zawałów w przypadku mięśnia sercowego, nasze wyniki radykalnie poprawiły się. Warto więc to stosować jako wzorzec do działań również w innych dziedzinach, w innych przypadkach. W tym przypadku chodzi oczywiście o udary mózgu.

Idźmy dalej.

To jest kwestia rehabilitacji. Muszę jednak przyznać (i to też jest pytanie do pana prezesa), że spotykałem się z takimi, mam nadzieję nielicznymi, ale jednak konkretnymi przypadkami, podam jeden. Lekarka zwalniana ze szpitala dowiaduje się o tym, że oprócz miejsca, gdzie pracowała, macierzysta jednostka wykazała ją jako pracującą na oddziale rehabilitacji neurologicznej. Zatem, pytanie: na ile pewne rzeczy są realizo-

wane realnie a na ile są wykazywane, bo trzeba je wykazać? Lekarz, który funkcjonuje na oddziale rehabilitacji, póki tego nie sprawdzi przy okazji odejścia ze szpitala, nawet nie wie, że może być wykazywany po to, aby w NFZ wszystko się zgadzało.

I pytanie: jak to później przekłada się na poszczególnych pacjentów.

I rzeczywiście, jak powiedziała pani prof. Hrynkiewicz, ja też spotykam się z tym podczas dyżurów poselskich, że przychodzą do mnie osoby (a wiedzą, że jestem lekarzem), rozkładają ręce i proszą o jakąś pomoc. Ojciec, matka, dziadek, babcia po udarze, wypisywani ze szpitala, niezrehabilitowani. Miejmy świadomość tego, że w krótkim czasie oszałamiających efektów nie da się osiągnąć, ale pozostaje jednak pytanie, co dalej z zapewnieniem rehabilitacji. Oczywiście, mówiąc o zapewnieniu rehabilitacji myślę o możliwościach jej sfinansowania, aby proces, który – niestety – musi trwać wiele tygodni, a czasami i miesięcy, mógł być zapewniony.

Chciałbym, aby państwo to dopowiedzieli (ewentualnie, również nasi eksperci), bo to nam pozwoli, panie ministrze, szukać rozwiązań na przyszłość, mam nadzieję, że z udziałem ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nie wiem, czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos. Jeżeli tak, to bardzo proszę.

Widzę dwa zgłoszenia.

W takim razie, uprzejmie proszę się przedstawić, bo to jest protokołowane.

Bardzo proszę.

Członek Rady Fundacji Udaru Mózgu Jacek Rożniecki:

Docent Jacek Rożniecki – Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Chciałbym przybliżyć państwu problem udarów z lekarskiego, codziennego punktu widzenia. Pan poseł już bardzo dużo powiedział, ale sam jest lekarzem, a ja chciałbym jeszcze dorzucić kilka rzeczy jako neurolog a, przede wszystkim, bardziej systemowo spojrzeć na problem.

Zostało już to wspomniane, że problem z pacjentem, który doznał udaru lub ma doznać udaru jest taki, że są różne etapy, na których możemy wpłynąć na to, czy dozna tego udaru, czy go przeżyje, w jakiej formie wyjdzie ze szpitala i jak dalej będzie funkcjonować w życiu społecznym i prywatnym. Mówimy o takim etapie, jakim jest profilaktyka, czyli zapobieganie.

Trzeba jednak wyróżnić dwa typy profilaktyki. Profilaktyka częściej rozumiana w pospolity sposób to *de facto* profilaktyka wtórna. Dotyczy ona pacjentów, którzy już doznali udaru, więc robi się wszystko po to, żeby nie dostali kolejnego udaru. To jest profilaktyka wtórna. Zajmują się nią głównie lekarze, którzy prowadzili pacjenta w oddziałach neurologicznych udarowych, tam, gdzie był on bezpośrednio diagnozowany odnośnie do przyczyn udaru, czynników ryzyka. Określa się te czynniki ryzyka i wypisując pacjenta ze szpitala edukuje się go i jego rodzinę, jak ma funkcjonować dalej, żeby uniknąć udaru a przynajmniej zmniejszyć to ryzyko.

Tak więc, leczymy wszystkie czynniki ryzyka, począwszy od nadciśnienia, cukrzycy, dyslipidemii i hipercholesterolemii, zaburzeń polegających na zmianach w tętnicach szyjnych. To są zarówno działania farmakologiczne, które wpływają na zmniejszenie tempa postępu miażdżycy w naczyniach mózgowych i szyjnych, jak i działania farmakologiczne wpływające, na przykład, na tak zwane udary kardiopochodne, czyli związane z migotaniem przedsionków.

O tym była mowa przed chwilą w kontekście nowych leków antykoagulacyjnych.

Jeżeli chodzi o profilaktykę pierwotną to jest to taka profilaktyka, kiedy wpływamy na szerszą rzeszę społeczeństwa, która jeszcze nie doznała udaru, ale może go doznać. Oczywiście, lepiej zapobiegać tym udarom, które jeszcze nie wystąpiły. Tu główny nacisk jest położony na działania lekarzy pierwszego kontaktu, bo to oni kontrolują stan pacjentów, którzy do nich przychodzą, a więc kontrolują ciśnienie, cukrzycę, cholesterolemię itd., ale również na kontrolę sposobu życia, nawyków, które są złe, takich jak mała aktywność ruchowa, palenie tytoniu, otyłość itd. Tu jest więc pole do popisu nie dla neurologów (chociaż też), ale głównie dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz dla organizacji, które mają na celu właśnie profilaktykę.

Państwo przed chwilą otrzymali materiały, które dostarczyliśmy z kolegą – prezesem Fundacji Udaru Mózgu. Tam są przedstawione bardzo konkretne działania, które zostały podjęte w ostatnich dwóch-trzech latach, łącznie z działaniami w Internecie, radiu, telewizji. Sądzę, że większość z państwa słyszała o akcjach, które były podejmowane przez Fundację Udaru Mózgu. Czyli, tu jest pole do popisu dla właśnie tego typu organizacji.

Żeby nie zatrzymywać się nad tym problemem dłużej: etap szpitala. Muszę powiedzieć, że w ostatnich latach poprawiła się jedna rzecz – sposób leczenia pacjenta w ostrej fazie udaru mózgu, w pierwszych godzinach, kiedy doznaje udaru. Rzeczywiście, poszliśmy do przodu. Co prawda, jesteśmy wiele lat za kardiologami. Kardiolodzy stosowali w zawale leczenie trombolityczne, czyli rozpuszczające skrzeplinę, wiele lat temu. Potem zmienili to na interwencyjną kardiologię, gdzie rekanalizują naczynia wieńcowe w większym stopniu, bardziej skutecznie.

My jesteśmy jeszcze na etapie działań farmakologicznych, ale dla nas i naszych pacjentów z udarem jest to olbrzymi skok, ponieważ bardzo duży procent pacjentów – jest to potwierdzone badaniami naukowymi na całym świecie... To nie są tylko doświadczenia polskie. My zapożyczyliśmy to ze Stanów Zjednoczonych i Europy. Otóż, leczenie trombolityczne w ostatnich latach bardzo poprawiło stan pacjentów w ostrej fazie udaru, czyli zmniejszyło śmiertelność oraz zmniejszyło niepełnosprawność pacjentów wypisywanych ze szpitala. Trzeba przyznać, że zrobiliśmy duży skok jako Polska, jako kraj a, przede wszystkim, środowisko neurologów i państwo, którzy w tym pomogli.

Leczenie trombolityczne jest w tej chwili standardem, ale, niestety, nie każdy pacjent może być temu poddany. Trzeba pamiętać, że o ile „okno terapeutyczne" dla dawniej stosowanej trombolizy w zawałach serca było dłuższe, a zwłaszcza dla kardiologów inwazyjnych „okno terapeutyczne" jest teraz dużo dłuższe, o tyle dla nas jest znacznie krótsze. W związku z tym, tylko nikły procent pacjentów, którzy przyjeżdżają do szpitala – i to musi być szpital kwalifikowany, oczywiście – z tomografią komputerową i oddziałem udarowym – kwalifikuje się do leczenia trombolitycznego, w dużej mierze skutecznego. Ci, którzy spóźnią się, z różnych powodów – i nad tymi powodami też trzeba się pochylać – mogą być jeszcze leczeni w inny sposób, ale te inne sposoby, niestety, nie są refundowane.

Tutaj jest odpowiedź dla pani poseł na pytanie, co możemy zrobić, żeby jeszcze bardziej poprawić nasze działanie i efektywność w ostrej fazie udaru mózgu. Otóż, poza typową trombolizą dożylną, która jest standardem na świecie i w Polsce, są jeszcze zabiegi trombolizy dotętniczej, które wydłużają „okno terapeutyczne" z 4,5 godziny do 6 oraz różne zabiegi, które nazywamy zabiegami radiologii inwazyjnej. Są to zabiegi rekanalizujące tętnice przy pomocy różnego rodzaju urządzeń wprowadzanych do tętnic. Te metody są co prawda jeszcze w fazie badań, ale wiele już uzyskanych wyników wskazuje, że daje to szansę pacjentom, którzy spóźnią się na leczenie trombolityczne. W związku z tym, warto by było zainwestować w tę formę leczenia, a więc w trombolizy dotętnicze i zabiegi rewaskularyzacji, które w zasadzie wykonują radiolodzy inwazyjni w kooperacji z neurologami, którzy tych pacjentów prowadzą. Na to nie ma środków finansowych. Te przyrządy są dość drogie. Nie ma środków na refundację.

Żeby takie zabiegi robić, w zasadzie powinien być bardzo wykwalifikowany zespół lekarzy, zwłaszcza radiologów, ale również świadomych neurologów, czyli centra, o których pan poseł powiedział. Potrzebujemy więcej centrów a nie tylko – oddziałów udarowych. To był wielki postęp i dokonanie pani prof. Ryglewicz jako konsultanta krajowego, że oddziałów udarowych w Polsce w ostatnich latach przybyło i w dużej mierze potrzeby tych bardzo „ostrych" pacjentów są zabezpieczone, jednak tych nieco późniejszych, w piątej, szóstej, siódmej godzinie, niestety, nie.

Jeżeliby były w każdym województwie centra kompleksowego leczenia udaru mózgu, w który to kompleks terapeutyczno-diagnostyczny wchodziłyby oddziały udarowe przy oddziałach neurologicznych, radiologia interwencyjna (oczywiście, czynna całą dobę) i dodatkowo, niestety, oddziały neurochirurgiczne, ponieważ w pewnych stanach potrzebna jest pilna interwencja kardiochirurga, potrzebne jest wykonanie kraniotomii, potrzebne jest tak zwane odbarczenie tylnego dołu czaszki, a w niektórych przypadkach również działanie chirurgów naczyniowych – co prawda troszeczkę później, bo zabiegów rewaskularyzujących tętnice szyjne nie robi się w tak ostrej fazie tylko nieco później, ale

też obowiązuje generalna zasada „im szybciej, tym lepiej"... Tak więc, centra udarowe. Przydałby się bardzo zastrzyk finansowy do rozwinięcia w każdym województwie po 2-3 centra udarowe, które by zabezpieczały tych pacjentów w absolutnie kompleksowy sposób.

I dalszy etap, już po leczeniu, bo tego możemy dokonać jako neurolodzy: rehabilitacja. Jeżeli będzie większy nakład finansowy na pierwotną i wtórną profilaktykę, to będzie mniej pacjentów, którzy będą potem wymagać rehabilitacji. Zatem, jeżeli zainwestujemy na wstępie w edukację społeczeństwa i w odpowiednie leki, które zmniejszą zachorowalność na udar, będzie potem potrzeba mniej pieniędzy na rehabilitowanie tych pacjentów, będzie potrzeba mniej łóżek. Niestety, teraz łóżek rehabilitacyjnych jest absolutnie za mało, i dotyczy to zarówno oddziałów rehabilitacji neurologicznej, czyli tej, która następuje bezpośrednio po wypisaniu pacjenta z oddziału udarowego, jak i późniejszej rehabilitacji wtórnej. To wymaga doinwestowania definitywnie.

Ja jestem neurologiem. Tu, obok mnie, siedzą rehabilitanci, którzy więcej mogą powiedzieć o potrzebach rehabilitacji tej wczesnej, neurologicznej stacjonarnej i wtórnej. Nie chciałbym przedłużać mojej wypowiedzi, ale pamiętajmy, że te trzy leki, o których mówiliśmy (dotyczy to dabigatranu, rivaroxabanu i apixabanu), które zostały wprowadzone w ostatnich latach, są bardzo szeroko wprowadzane w krajach zachodnich nie dlatego, że są dużo lepsze. One są porównywalne, ponieważ nie było badań klinicznych, naukowo potwierdzających lepszą skuteczność. Tylko w jednym przypadku były nieznacznie lepsze wyniki – w porównaniu z warfaryną.

Warfaryna i acenocumarol to są leki klasyczne stosowane od lat. Nie powiem, że złe. Dobre, ale u wielu pacjentów są logistyczne problemy z kontrolą tego leczenia. Otóż, tak zwany wskaźnik terapeutyczny INR, niestety, u wielu pacjentów jest nieterapeutyczny, w związku z czym, mimo że biorą leki, doznają udarów, ponieważ te leki ich nie zabezpieczyły. Jak się okazało w badaniach prowadzonych członkowsko również przez Instytut pani prof. Ryglewicz, procent pacjentów, który jest skutecznie leczony lekami klasycznymi antagonistami witaminy A, czyli warfaryną i acenocumarolem, sięga 15%. Czyli, tylko 15% pacjentów z migotaniem przedsionków jest leczonych skutecznie. Po pierwsze, tylko połowa tych pacjentów ma zaordynowane leki, a około 30% z tej połowy nie bierze leków regularnie, prawidłowo albo na ten wskaźnik wpływa dieta lub inne czynniki trudne do sprecyzowania.

W związku z tym, kiedy zbada się wskaźnik terapeutyczny, okazuje się, niestety, że jest on nieterapeutyczny, tylko około 15% pacjentów jest prawidłowo leczonych.

Z tego wynika potrzeba i uzasadnienie dla szerszego wprowadzenia nowych leków antykoagulacyjnych, ponieważ one są skuteczne niezależnie od tego, czy dawka była przyjęta godzinę wcześniej, czy godzinę później. Tolerancja jest dużo większa i przede wszystkim nie trzeba badać wskaźnika i kontrolować, czy pacjent bierze to prawidłowo.

Nie chciałbym przedłużać, ale bardzo chętnie jeszcze zabiorę głos, jeżeliby były pytania. A teraz przekażę głos albo rehabilitantom, albo pani profesor Ryglewicz, która również, przypuszczam...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pozwoli pan, że ja zajmę się przekazywaniem głosu.

Oczywiście, przekażę głos drugiej osobie z państwa a później – ekspertom zaproszonym na posiedzenie Komisji.

Ja tylko dodam jedno – to, co pan powiedział, dokładnie tak: jeżeli te centra będą funkcjonować, będziemy mieć tę sprawę załatwioną, to z pewnością później będzie potrzeba mniej pieniędzy na rehabilitację. To w jakimś sensie są naczynia połączone. To właśnie miałem na myśli.

I, bardzo proszę, pan.

Prezes Stowarzyszenie Udarowcy – Liczy się Wsparcie Sebastian Szyper:

Dzień dobry. Witam, panie ministrze. Szanowna Komisjo, reprezentujemy bydgoskie Stowarzyszenie Udarowcy – Liczy się Wsparcie. Przyjechaliśmy z województwa kujawsko-pomorskiego...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę się przedstawić...

Prezes Stowarzyszenie Udarowcy – Liczy się Wsparcie Sebastian Szyper:

Tak, przedstawiam się. Sebastian Szyper. Jestem prezesem Stowarzyszenia Udarowcy – Liczy się Wsparcie.

Przyjechaliśmy z województwa kujawsko-pomorskiego. Chcielibyśmy się odnieść po kolei odnośnie do wcześniejszych wypowiedzi.

Tak jak powiedziała pani prof. Ryglewicz, 30% pacjentów wymaga intensywnej opieki i rehabilitacji na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Mogę powiedzieć, że w województwie kujawsko-pomorskim na przełomie lat 2010 i 2012, na 13 tys. zachorowań hospitalizowanych było 8% pacjentów. Warto sobie policzyć, jaki to jest stosunek, domniemany współczynnik europejski to jest 25%, a w kujawsko-pomorskim było to 8%.

Kolejny problem to rehabilitacja wtórna. To znaczy, że jeżeli pacjent wychodzi z oddziału neurologii, gdzie – jak wiemy – ma zagwarantowaną wczesną rehabilitację neurologiczną (tu mówimy, że jest to 8%) trzeba się zastanowić, co się dzieje z pacjentami, którzy na ten oddział się nie dostali oraz z tymi, którzy dostali się na ten oddział, ale wychodzą z deficytem neurologicznym, bo wiemy, że dostępność rehabilitacji wtórnej, niestety, jest bardzo kiepska. My robiliśmy sondy, jeżeli chodzi o średnią dostępność do rehabilitacji w klinicznym oddziale rehabilitacji wtórnej w województwie kujawsko-pomorskim, czas oczekiwania wynosi od 1,5 do 2 lat.

Kolejny aspekt. Nasze spostrzeżenie jest takie, że zwiększenie nakładu finansowego przez płatnika bezpośrednio na ośrodek kliniczny (jeśli mówimy o wczesnej rehabilitacji neurologicznej) też nie rozwiązuje problemu, dlatego, że w wielu ośrodkach nakład finansowy zostaje zwiększony a nie przekłada się to na zwiększenie dostępności łóżek, a także na zwiększenie liczby zatrudnionego personelu.

Problem polega na tym, że jeżeli te kolejki są ogromne, ci pacjenci czekają, a są, na przykład, na takim etapie, że napięcie mięśniowe narasta, to w przypadku pacjenta, który przez rok przebywa w domu i przyjdzie potem na rehabilitację neurologiczną, kończy się to, niestety, rehabilitacją do końca życie.

Dlatego powstaje pytanie, czy zwiększenie nakładu finansowego bez zwiększenia liczby miejsc przy tak dużych kolejkach, jak w niektórych szpitalach, gdzie czeka się 4-5 lat, rozwiązuje problem.

I jeszcze jednak kwestia, odnośnie do leczenia przeciwkrzepliwego i wypowiedzi pana posła. Polska, Łotwa i Rumunia to są trzy kraje, w których leki przeciwkrzepliwe nowej generacji nie są refundowane przez fundusz zdrowia, natomiast pan doktor mówił tutaj przed chwilą, że nie było badań. Otóż, jest aktualny raport FDA z 13 maja br., który mówi o tym, że skuteczność dabigatranu względem warfaryny wzrosła z 15% do 35%. Czyli, dabigatran ma 35% skuteczności. To jest informacja sprzed miesiąca.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan profesor Walecki.

Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej Jacek Walecki:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja bardzo krótko.

Chciałbym tylko skorygować informację, że badania inwazyjne, czyli endowaskularne, w przypadku ostrego zawału są w fazie prób klinicznych. Otóż, w Polsce wykonano ponad 150 procedur w ciągu ostatnich dwóch lat. Wykonują je przede wszystkim neuroradiolodzy zabiegowi, ale także neurolodzy. Ja mam ten zaszczyt. Wspólnie z Instytutem pani profesor Ryglewicz takie badania w obu ośrodkach prowadzimy. Chciałbym więc ten optymistyczny moment...

Ta korekta ma dotyczyć tego, że jesteśmy już na etapie aplikacji klinicznej, tylko ciągle te procedury nie są w koszyku usług, i nie są gwarantowane. To pierwsza uwaga.

I jeszcze krótko. Pan przewodniczący wspominał o zatorze i zakrzepie, i prosił o wyjaśnienie, czy przypadkiem nie jest to dublowanie tego samego zjawiska. Otóż...

Czy było takie pytanie? Nie?

Wydawało mi się, że muszę to wyjaśnić, ale jeżeli nie, to dziękuję.

To wszystko.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

Czuję się wywołana do odpowiedzi, postaram się odpowiedzieć na postawione pytania.

Proszę państwa, oczywiście mówimy, że w zakresie udarów bardzo się poprawiło. Zdecydowanie się poprawiło. Z badań epidemiologicznych na przestrzeni ostatnich piętnastu lat wynika, że istotnie statystycznie zmniejszyła się śmiertelność i stopień niesprawności. To jest olbrzymi sukces Polski. To samo, co w kardiologii, jest w neurologii. Śmiertelność spadła prawie o 50%. Podstawową zasługą tych dobrych wyników epidemiologicznych jest stworzenie w kraju sieci oddziałów udarowych, gdzie pacjent jest przyjmowany, natychmiast diagnozowany i jest możliwość włączenia leczenia trombolitycznego. Mówiąc o leczeniu trombolitycznym trzeba pamiętać, że im szybciej włączymy to leczenie, tym bardziej będzie ono skuteczne.

Jeżeli mówimy o jakichś zadaniach, które stoją przede wszystkim przed lekarzami, to podnoszenie świadomości w społeczeństwie, że pacjent, u którego wystąpią objawy udaru, ma natychmiast (przewieziony przez rodzinę albo przez karetkę pogotowia) trafić do szpitala, w którym jest oddział udarowy. Wtedy pacjent ma szansę otrzymać nowoczesne leczenie.

Stosowanie leczenia trombolitycznego w kraju, rzeczywiście, wzrasta. Nie tak dawno – jeszcze trzy lata temu – było na poziomie 2-3%. Obecnie w skali kraju jest na poziomie 8%, a w niektórych oddziałach dochodzi do 30%. Jest to kwestia organizacji na poziomie oddziału udarowego. Każdy pacjent z udarem powinien być leczony w oddziale udarowym i ta sieć jest w kraju zorganizowana.

Pan docent mówił o centrach interwencyjnego leczenia udarów. To jest kolejny krok do przodu. Możemy tam stosować i są próby stosowania (na podstawie badań klinicznych) inwazyjnej metody mechanicznego usunięcia skrzepliny z naczynia wewnątrzmózgowego. To się dzieje. W ramach tej metody również, im szybciej to zrobimy, tym lepiej, bo obszar w mózgu jest jeszcze nieuszkodzony. Są złożone wnioski w ministerstwie o ewentualne wprowadzenie tej procedury do koszyka świadczeń gwarantowanych albo do finansowania przez pewien czas w ramach programu POLKARD.

Jeżeli chodzi o kardiologię, ale również o neurologię, te wszystkie pozytywne działania podjęte w kraju, oczywiście, przy bardzo dużej aktywności środowiska neurologicznego, realizowane były przy olbrzymim wsparciu budżetu poprzez program POLKARD. W ramach programu POLKARD jest dofinansowanie zakupu aparatury nie tylko dla oddziałów neurologicznych, ale również dla oddziałów rehabilitacji neurologicznej. Warunkiem otrzymania dofinansowania jest rehabilitacja odpowiedniego procenta pacjentów w ostrej fazie udaru.

Proszę państwa, rzeczywiście, w ramach programu POLKARD nacisk był położony z naszej strony na ostrą rehabilitację neurologiczną, bo to jest ten najważniejszy moment, etap, kiedy pacjent może odnieść największą korzyść z rehabilitacji. Pacjent powinien być rehabilitowany, i jest rehabilitowany na oddziale udarowym od pierwszego dnia (załóżmy, że od drugiej doby, bo w pierwszej jest diagnozowany), ma codzienną rehabilitację, a jeżeli są wskazania, powinien przechodzić na oddział rehabilitacji neurologicznej.

Na pewno nie wszędzie to tak dobrze wygląda. Na pewno są różne problemy, bo brakuje miejsc, bo udarów jest coraz więcej.

Ja bym tę zwiększoną liczbę udarów wiązała przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa, proszę państwa. Częstość występowania udarów zależy od wieku pacjenta. Im pacjent jest starszy, tym ryzyko wystąpienia udaru mózgu jest większe. Dotyczy to zwłaszcza udarów kardiogennych, czyli spowodowanych migotaniem przedsionków. Niezastawkowe migotanie przedsionków występuje istotnie częściej u ludzi starszych. U ludzi powyżej 80. roku życia ponad 25% pacjentów ma migotanie przedsionków. Czyli, częstość występowania udarów, mimo profilaktyki i przestrzegania wszystkich zasad postępowania, będzie rosła, bo społeczeństwo się starzeje.

Zatem koncepcja powstania centrów inwazyjnego leczenia udaru będzie musiała wejść w pewien system. To powinno być rozwiązywane prawdopodobnie w ramach POLKARD-u, bo przecież chodzi o to, żeby każdy pacjent miał równą szansę otrzymać odpowiednie leczenie. Pierwszym etapem jest i będzie oddział udarowy, bo tych oddziałów jest dużo. Centra leczenia udarowego – jak wynika z naszych przeliczeń – powinny zabezpieczać populację około 1,5 mln osób. U pacjenta, u którego będą występować takie objawy (co można stwierdzić już po przyjęciu) jak hiperintensywna tętnica mózgowa środkowa (tu patrzę na pana profesora Waleckiego) prawdopodobnie dożylne leczenie trombolityczne będzie niewystarczające i pacjent powinien być transportowany do tego centrum, które będzie zabezpieczać o wiele większy obszar. Tu musi być współpraca.

Oczywiście, nad taką koncepcją się zastanawiamy, składamy wnioski i to powinno być realizowane, ale ciągle podstawowym miejscem musi być oddział udarowy, który musi współpracować z oddziałem rehabilitacji neurologicznej.

Nigdy nie jest tak, żeby nie mogło być lepiej. Ja mam doskonałą świadomość tego, że do oddziałów rehabilitacji stacjonarnej w różnych obszarach, nawet u mnie, w Instytucie, pacjent musi czekać. Pacjent jest wypisywany do domu, ma umówiony termin przyjęcia w ciągu 2-3 tygodni i trafia na odział rehabilitacji neurologicznej. Na oddziale rehabilitacji neurologicznej są lekarze, fizjoterapeuci, specjaliści od tego.

My nie każdego pacjenta zrehabilitujemy tak, że on będzie chodzić i będzie w pełni sprawny. To zależy od obszaru, w jakim jest uszkodzony mózg. Na oddziałach rehabilitacji ustalane są pewne cele, które – jak się zakłada – mają być osiągnięte. Jeżeli cel jest osiągnięty i pacjent rokuje dalej, to ma przedłużony pobyt na rehabilitacji. Czasem specjaliści rehabilitacji medycznej mówią, że u konkretnego pacjenta trzeba powtarzać ćwiczenia, ale nie osiągnie się więcej. Proszę pamiętać, że to są pacjenci, u których często występuje otępienie w 20-30%, którzy mają ciężkie współistniejące choroby somatyczne i nie są w stanie podołać tym wysiłkom. Tak więc, na pewno trzeba nadal intensywnie rozwijać oddziały rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, żeby pacjent w tym okresie, kiedy najwięcej może skorzystać, miał szansę tam trafić.

Problemem jest rehabilitacja, tak zwana przewlekła (zgadzam się z panem posłem i z państwem w stu procentach), bo postawiono wszystko na priorytet rehabilitacji wczesnej, w fazie ostrej. Później jest już trudniej, aczkolwiek – ale to, myślę, wyjaśnią później przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia – w niektórych oddziałach jest możliwość rehabilitacji domowej. Ona jest na różnym poziomie, to zależy od osób biorących w tym udział, ale taka możliwość istnieje w ramach kontraktu. Są oddziały dzienne.

Proszę państwa, z punktu widzenia neurologii tu o tym nie mówiliśmy, ale przy tej okazji chciałabym powiedzieć, co jest ważne – rehabilitacja neurologiczna to nie tylko rehabilitacja ruchowa. Czasem zaburzenia mowy powodują o wiele większą niesprawność niż sam niedowład kończyny miernego stopnia. Bardzo ważne jest, żeby...

I tu jest utrudniony dostęp, bo w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej pracuje psycholog, pracuje logopeda, a przynajmniej powinni pracować. To jest wymagane w Narodowym Funduszu Zdrowia. Natomiast oddziały dzienne rehabilitacji nie mają psychologa i nie mają logopedy. Już wielokrotnie występowałam z prośbą o to, żeby w tych oddziałach, które uważają, że mogą, mają takie możliwości, byli psycholog, neuropsycholog (bo właściwie powinien to być neuropsycholog), logopeda, bo pacjent może być sprawny ruchowo, ale mieć zaburzenia mowy i trzeba go rehabilitować. To jest punkt, na który chciałabym zwrócić uwagę.

Wydaje się, że oddziałów rehabilitacji dziennej jest stosunkowo dużo, tylko tam w 50% wcale nie są rehabilitowani pacjenci z objawami neurologicznymi. Dominuje tak zwana rehabilitacja ogólnoustrojowa, która zajmuje miejsce, i pewnie jest potrzebna (nie mówię, że nie, bardziej patrzę z punktu widzenia neurologa) czyli rehabilitacja ludzi sprawnych czy z ograniczoną ruchomością tylko w pewnym okresie. Ci pacjenci są łatwiejsi do rehabilitacji.

Po pierwsze, łatwiej ich przywieźć do oddziału dziennego. Może jednak tak, jak w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej – bo w ramach oddziałów rehabilitacji stacjonarnej też jest prowadzona rehabilitacja dla chorych przewlekle po udarach, tylko oni, niestety, czekają w dłuższej kolejce, bo priorytet ma pacjent bezpośrednio po udarze –

w ramach oddziałów dziennych powinno się wprowadzić oddziały dzienne o profilu neurologicznym albo niech one będą i takie, i takie, tylko niech tam dominuje neurologia, a wtedy musi być psycholog i logopeda. To jest bardzo ważne, proszę państwa.

To są te największe potrzeby. Na pewno rehabilitacja przewlekła wymagałby więcej miejsc i może poprawy systemu przekazywania pacjentów. Na pewno ważna jest rehabilitacja domowa, i ona jest kontraktowana i jest wprowadzana (w niektórych obszarach funkcjonuje całkiem dobrze a w niektórych gorzej) i koniecznie psycholog i logopeda w oddziałach dziennych. To jest immanentna część rehabilitacji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan docent prosi o głos...

Członek Rady Fundacji Udaru Mózgu Jacek Rożniecki:

Jedno zdanie *ad rem*, bo pani profesor poruszyła kwestię tych centrów i zabiegów endowaskularnych, o czym mówił pan profesor Walecki.

Oczywiście, one są skuteczne. Ja wiem o dokonaniach pana profesora, bo jestem – nie tylko przez prof. Kobayashiego – bardzo w to zaangażowany, tak więc, jak najbardziej... Chodziło mi o refundację. Chciałbym nawiązać do konkretu, bo tak, jak pani poseł powiedziała, w tej dyskusji potrzebne są konkrety, potrzeby do przedyskutowania, czy rzeczywiście jakieś sprawy wymagają pilnego rozwiązania. Właśnie sprawa zabiegów endowaskularnych, które są dużą szansą dla wszystkich pacjentów, którzy nie zdążyli dojechać do szpitala w „oknie terapeutycznym" (a tych jest większość) mogłaby być teoretycznie rozwiązana, ponieważ zabiegi endowaskularne są umieszczone w koszyku procedur gwarantowanych. Są, ale okazuje się, że nie są refundowane przez NFZ, a mamy tutaj przedstawicieli ministerstwa i NFZ.

Jest rozbieżność proceduralna formalna, która może wymaga pilnego rozwiązania, że coś, co jest gwarantowane w koszyku świadczeń gwarantowanych, nie jest refundowane, a koszt wykonania zabiegu rewaskularyzacyjnego zabiegami endowaskularnymi w ostrej fazie, czyli trombektomia mechaniczna, rekanalizacja naczynia, jest wyższy niż nawet najdroższa płacona obecnie procedura ostrej fazy udaru, ponieważ koszt cewnika i procedury znacząco przewyższa koszt leczenia trombolitycznego dożylnego.

Jeżeli można by tę sprawę zaakcentować jako konkret, czy (jeśli jest w protokole) ustosunkować się potem formalnie do tej rozbieżności proceduralnej, że coś jest gwarantowane, a nie jest refundowane... To sprawia taki kłopot, że nie możemy tych zabiegów wykonywać, nawet jeżeli mamy tak doświadczone ośrodki jak instytut i doświadczonych radiologów, którzy już wykonali po sto kilkadziesiąt zabiegów. Niestety, jest to deficyt finansowy dla instytucji, ponieważ te zabiegi nie są refundowane.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

W takim razie, będę mieć pytanie do pani profesor.

Czy dobrze rozumiem, że w Polsce jest sieć oddziałów udarowych, że w każdym momencie, kiedy pacjent dozna udaru mózgu w „oknie terapeutycznym", czyli przez 4,5 godziny, w każdym regionie Polski ma dostępny oddział udarowy, w którym dokonuje się leczenia trombolitycznego, a jeśli poza „oknem terapeutycznym" to leczenia endowaskularnego, a jeśli nie, to są centra interwencyjne udaru mózgu?

Czyli, ta sieć w Polsce jest zorganizowana na wzór kardiologii, gdzie była „złota godzina", kardiologia inwazyjna, interwencja itd., itd. W takim razie, jeśli tak jest, to pani profesor musi mi to potwierdzić, bo ja nie odnoszę takiego wrażenia, że w Polsce jest tak doskonale, jest taka doskonała opieka i tak jest zaopatrywany każdy pacjent, który dozna udaru mózgowego, bo w praktyce widzimy wiele innych zjawisk, nie takich, jak pani profesor tutaj w euforycznej niemal...

To dobrze. Jeśli tak jest, to przepraszam. To bardzo dobrze.

To w takim razie proszę to oficjalnie powiedzieć, że w ciągu 4,5 godziny, jeśli ktokolwiek się tam dostanie, jest rozpoznanie udaru krwotocznego albo niedokrwiennego itd., itd., bo najczęściej jest tak, że... Bo w praktyce są różnego rodzaju telefony, że nie mogą, nie wiedzą, nie ma tomografu czy rezonansu... Nie wiem. W każdym razie, proszę potwierdzić, czy tak jest, jak pani profesor powiedziała, że każdy człowiek w Polsce, który dozna udaru mózgowego, jest w tych „złotych godzinach" zaopatrywany profesjonalnie, dokładnie i jest dobrze.

I druga sprawa. Jeśli pacjent już wychodzi po udarze dobrze zaopatrzony, i ma utrwalone migotanie przedsionków (mówię teraz do pana ministra) i jeśli nie mamy refundacji nowoczesnych leków antykoagulantów (przed chwilą pan powiedział, że tylko trzy kraje w Europie nie dają refundacji)to nie wiem, czy trzeba tutaj w radosny sposób ogłaszać, że wszystko jest OK., bo nie wszystko jest OK. Jeśli pan docent mówi, że przy stosowaniu starych antykoagulantów tylko 15% pacjentów jest dobrze leczonych, to już wiemy, że nie jest dobrze.

Proszę więc mnie uspokoić i powiedzieć, że moje obawy czy wrażenie, jakie odnoszę, są niezasadne i bezprzedmiotowe.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Cieszę się bardzo, że dyskusja potoczyła się w kierunku, o który pytałem zabierając głos w rudzie pytań. Chciałbym w takim razie doprecyzować pewne rzeczy, o które pytałem, wprawdzie już tę sprawę poruszono.

Powiem nieco inaczej: czy centrów udarowych – o czym też wspomniałem – jest wystarczająco dużo? To pierwsza sprawa.

Druga sprawa – zabiegi endowaskularne, o czym mówił pan docent. W moim przekonaniu, to nie jest tylko kwestia refundacji. Oczywiście – też, ale to jest kwestia – to poniekąd wiąże się z refundacją – stałych dyżurów, stałej dostępności w stopniu podobnym do tego, jaki mamy w przypadku kardiologii. Według mojej wiedzy, nie ma, być może ze względu... Bo niewątpliwie kadra wyszkolona jest, i mogłaby pełnić te dyżury, natomiast wydaje mi się, że pewnie ze względów finansowych nie jest to w podobny sposób zorganizowane, a jak rozumiem, byłaby taka potrzeba.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę pierwsze i drugie (a zwłaszcza to drugie) to wymagałoby to pewnych decyzji ze strony ministerstwa i NFZ, bo dochodzimy do elementu kolejnego, czyli rehabilitacji. Odpowiednio wcześnie wdrożone skuteczne leczenie spowoduje mniejsze koszty w przypadku rehabilitacji, a tam, gdzie jednak rehabilitacja...

Tu nawiązuję do słów pani profesor.

Oczywiście, mam tę świadomość, i myślę, że wszyscy mamy świadomość tego, że efekt rehabilitacyjny możemy uzyskać bardzo różny u różnych pacjentów, niezależnie od profesjonalizmu i przewlekłości tej rehabilitacji, niemniej jednak (tu wrócę do pytania, które zdałem wcześniej panu prezesowi) jest to kwestia zapewnienia możliwości odpłatności tej rehabilitacji. Według mnie, według tego, co wiem (proszę to ewentualnie skorygować) nie jest to takie proste, jeśli chodzi o uzyskanie tej odpłatności nawet w tych przypadkach, które wymagają długotrwałej rehabilitacji – wielotygodniowej czy wielomiesięcznej.

Nie wiem, czy jeszcze pani profesor będzie chciała coś powiedzieć, bo pan przewodniczący pytał a później bardzo bym prosił pana prezesa i pana ministra o odpowiedź.

Generalnie, panie ministrze, chciałbym zwrócić uwagę na jeden aspekt sprawy – myślę, że wszyscy, niezależnie od barw politycznych, to mamy na myśli. Mamy pewien model, który sprawdził się w kardiologii i chcemy – na ile to jest możliwe – pewne rozwiązania, które tam się sprawdziły, przenieść tutaj, co, jeśli nawet będzie oznaczać wydatkowanie większych środków w jednym miejscu, *per saldo* – biorąc pod uwagę całość systemu – pewnie przyniesie oszczędności.

Tak więc, bardzo proszę, jeszcze pani profesor a później – pan minister i pan prezes.

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Postaram się odpowiedzieć.

Sieć oddziałów udarowych, moim zdaniem, w kraju jest i zabezpiecza pacjentów. Oczywiście, może nie każdy pacjent tam trafi, bo dostanie udaru na internie, i już na tej

internie zostanie, ale z założenia każdy oddział udarowy opiekuje się mniej więcej populacją 200 tys. ludzi i, jeżeli ktoś zachoruje na tym terenie, to pogotowie wie, do którego oddziału ma jechać.

Jest drugi system, który gorzej działa, kiedy koledzy się zamieniają, że w poniedziałek to my pracujemy a we wtorek wy, itd. To działa gorzej, ale w większości kraju jest tak, że jest to zabezpieczone na konkretnym obszarze i w odniesieniu do konkretnej populacji. Pacjent, który przyjeżdża do szpitala, gdzie jest oddział udarowy, ma robione badania natychmiast (i wydaje mi się, że to są wyjątki, żeby ich nie miał) i powinien mieć włączone leczenie trombolityczne.

Moim zdaniem, oddziały udarowe, które nie włączają leczenia trombolitycznego, nie powinny mieć podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na wysokopłatne procedury. Zresztą to w tym roku zostało wprowadzone. To jeszcze nie jest w tym roku egzekwowane, żeby koledzy do tego trochę się przygotowali. U części lekarzy jest lęk przed podaniem trombolizy, ale po to został stworzony system, po to otrzymali dofinansowanie i aparaturę, żeby stosować leczenie trombolityczne. I w niektórych ośrodkach, wcale niemałych, do 20% pacjentów z udarem niedokrwiennym ma stosowane leczenie trombolityczne.

„Okno terapeutyczne" powinno być czynniejsze. Dyskutujemy o leczeniu interwencyjnym, w ostrej fazie udaru niedokrwiennego, kiedy jest nieskuteczne leczenie trombolityczne, bo od tego zawsze zaczynamy. Czasem już z góry wiemy, że ono może być nieskuteczne, ale jest obowiązek podania leku, kiedy możemy wykonać trombolizę dotętniczą i trombektomię. W niektórych ośrodkach to się robi.

Nie do końca jest tak, że to jest finansowane, bo w procedurach Narodowego Funduszu Zdrowia jest możliwość tego typu zabiegu, ale na naczyniach obwodowych a my mówimy o naczyniach wewnątrzmózgowych. I niedobrze jest (a tak w kraju bywa), że w ośrodkach, gdzie są chirurdzy naczyniowi, wykonywane są zabiegi w obrębie naczyń wewnątrzmózgowych. Moim zdaniem, jest to błąd. Pacjent musi być zdiagnozowany przez neurologa, musi być wykonana odpowiednia procedura diagnostyczna, żeby wykonywać trombektomię. Tylko w ten sposób to badanie będzie bezpieczne. Robione w ten sposób, zresztą nie tylko u nas, bo również w krajach Europy Zachodniej, że robią to chirurdzy naczyniowi, kończy się źle. Wyniki są niedobre.

Teraz powinniśmy tworzyć to, czego nie ma, panie przewodniczący. Tak jak jest sieć oddziałów udarowych, to nie ma sieci centrów interwencyjnych. Nie ma, dlatego, że to w zakresie neurologii nie jest refundowane. My składamy takie wnioski (one leżą), żeby to zrobić albo w ramach POLKARD-u, albo wprowadzić do Narodowego Funduszu Zdrowia, a wtedy powinien być następny obowiązek – sprawozdawania. Zrobić rejestr, jakie są skutki tych procedur, bo te procedury są drogie. Jest to koszt rzędu 25 tys. zł za wykonanie jednego zabiegu.

Mówimy o drogich procedurach, które również, jeżeli pacjent będzie źle zdiagnozowany, będą niebezpieczne, bo zbytnie przekroczenie „okna terapeutycznego" powoduje „ukrwotocznienie". To nie jest tak, że mamy takie duże „okno" jak kardiologia i że możemy sobie powiedzieć, że pacjent przyjechał w piątej godzinie, to możemy mu zrobić trombektomię. Tak nie jest. Muszą być zrobione specjalistyczne badania i powinny powstawać centra. Do tego, oczywiście, dążymy (o tym mówię w ramach POLKARD-u, są przygotowane pisma) – stworzenia systemu współpracujących ze sobą oddziałów udarowych z centrami interwencyjnymi. To byłby olbrzymi błąd, gdybyśmy teraz nagle zaczęli tworzyć tylko centra interwencyjnego leczenia udaru, a standardowe oddziały udarowe by podupadały. Sam fakt, że pacjent trafia do oddziału udarowego, gdzie ma kompleksową diagnostykę, kompleksową opiekę i wczesne włączenie rehabilitacji, to jest jedna z najlepszych metod leczenia, niewiele gorsza niż tromboliza.

To, jeżeli chodzi o leczenie.

Rehabilitacja przewlekła wymaga wsparcia (także wsparcia psychologa, logopedy) i potrzebne jest zwiększenie dostępności plus rehabilitacja domowa, to na pewno jako kolejny etap rehabilitacji.

Czy odpowiedziałam na pytania?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że tak.

Bardzo dziękuję, pani profesor.

Bardzo proszę, panie ministrze. Czy pan prezes? Może pan prezes najpierw.

Bardzo proszę.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Panie przewodniczący, nie wiem, czy dokładnie zrozumiałem intencję pytania. Czy chodziło o...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie prezesie, generalnie chodzi o dwie rzeczy w odniesieniu do NFZ. To jest kwestia, oczywiście, w ograniczonym zakresie, jak powiedziała przed chwilą pani profesor, ale jednak, ewentualnego uruchomienia w przyszłości sieci centrów interwencyjnych i refundacji nie tylko w przypadku naczyń obwodowych. To pierwsza sprawa, która – jak rozumiem – w tej chwili nie jest załatwiona.

Pytanie: czy państwo biorą pod uwagę realizację tego?

A druga kwestia dotyczy rehabilitacji i tych problemów, albo tego, z czego biorą się te problemy. Może, rzeczywiście, pacjenci do nas się zwracają, bo jest tak, że...

Może powiem inaczej.

Tu też są dwie rzeczy. Mam nadzieję, że to są sytuacje absolutnie rzadkie, że jak już się ma rehabilitantów, to się ich przypisuje do wszystkich – i rehabilitacji kardiologicznej, i neurologicznej, i każdej innej, żeby ich wykazać u państwa. Mam nadzieję, że to jest margines. To pierwsza sprawa, związana raczej – jak rozumiem – z kontrolami a nie z decyzyjnością. Jest też druga sprawa, związana z tym, z czym się spotykamy, że pacjent miał robioną rehabilitację, ale został wypisany, wchodzi w inną rehabilitację – domową albo w ogóle zostaje bez pomocy.

Pytanie: co z tym zrobić, ponieważ wymagałoby to przewlekłej rehabilitacji stacjonarnej?

Prosiłbym o kilka słów na ten temat.

Jeszcze pan przewodniczący, proszę...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jeszcze moje dwa pytania.

Refundacja nowoczesnych leków doustnych, antykoagulantów. To pan wie, panie ministrze. I drugie, odnośnie do tego, co mówił pan docent – ewentualne zabiegi endowaskularne poza „oknem”...

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

To jeszcze raz powiem, że zabiegi endowaskularne są dostępne dla neurochirurgów, nie są dostępne dla neurologów. To wynika z koszyka świadczeń gwarantowanych i kompetencji lekarzy, neurochirurgów...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Od razu pozwolę sobie...

Właśnie. Mam nadzieję, że pan pociągnie ten temat, panie prezesie, bo powiedzmy jasno – tak, oczywiście są wykonywane zabiegi na potrzeby przez neurochirurgów, czy radiolodzy wykonują dla nich, czy wspólnie z nimi. Dotyczy to jednak innych sytuacji, też ważnych i potrzebnych. Jest jednak grupa pacjentów, która by wymagała tej współpracy z neurologami. Jestem przekonany, że *per saldo* to się również funduszowi opłaci, patrząc tylko na kwestie ekonomiczne.

Jeszcze pani profesor chciałaby o coś dopytać...

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

Ja chciałabym tylko wyjaśnić, że jeżeli chodzi o procedury wewnątrznaczyniowe, to są inne w udarach krwotocznych a inne – w udarach niedokrwiennych. W udarach krwotocznych pacjent, rzeczywiście, przechodzi przez neurochirurgię i albo ma zabieg operacyjny, albo procedurę wewnątrznaczyniową.

My tutaj dyskutujemy o procedurach wewnątrznaczyniowych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. I tych procedur nie ma. W Polsce chirurdzy naczyniowi próbują to robić, ale – powtarzam jeszcze raz – to powinien robić neurolog we współpracy z neuroradiologiem, z radiologiem zabiegowym, mając na zapleczu neurochirurga. Tak powinien wyglądać schemat takiej jednostki, w której te zabiegi się robi. To wymaga ustalenia, wprowadzenia w tych ramach. Wtedy diagnostyka będzie prawidłowa.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dokładnie o to chodziło, panie prezesie...

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Tak, ale cały czas mówimy o jednej rzeczy: nie jest to świadczenie gwarantowane dla neurologów, ażeby było gwarantowane to przede wszystkim trzeba określić pewne standardy i kwalifikacje lekarzy oraz warunki realizacji świadczenia. Nie jest to więc kwestia chęci czy niechęci płatnika, tylko kwestia określenia standardów, warunków realizacji i kwalifikacji lekarzy. Dopiero wtedy, kiedy będzie to świadczenie gwarantowane, będzie mogło być...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie prezesie, z tym, że tego nie będzie wykonywać neurolog, tylko radiolog na potrzeby neurologii.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Rozumiem, że jest oczekiwanie, że neurolog będzie mógł wykonywać te zabiegi...

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

Jeżeli neurolog się nauczy (a wszystkiego można się nauczyć) to będzie to robić...

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Ale to...

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Danuta Ryglewicz:

...natomiast, panie prezesie, taki program jest opracowany. My nawet opracowaliśmy, jak duża to populacja, jakie potencjalne koszty by to generowało i jaki to musi być specjalista. Takie warunki są opracowane.

To, oczywiście, jest jeszcze kwestia dyskusji...

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Odnośnie do leków to, od powstania ustawy refundacyjnej, jest to kwestia dialogu, który jest prowadzony pomiędzy podmiotem odpowiedzialnym, czyli – mówiąc wprost – firmą farmaceutyczną, a Ministrem Zdrowia.

I tu trzeba jasno powiedzieć: jeżeli efekty leczenia warfaryną, czyli substancją dość prostą i skuteczną, są porównywalne z lekiem, który proponuje się sprzedać publicznemu płatnikowi, ministrowi i państwu polskiemu wielokrotnie drożej, to wiadomo, że to nie jest prosta decyzja ani wielka chęć. Gdyby efekty leczenia były wybitnie lepsze, to wtedy ta cena, która w tym momencie jest nieakceptowana – jak rozumiem – miałaby mniejsze znaczenie.

Natomiast trzeba jasno powiedzieć, że warfaryna jest bardzo dobrym lekiem. Ona faktycznie wymaga badań kontroli krzepliwości krwi, ale te badania są ogólnie dostępne. To jest może mniej wygodne, ale musimy się zdecydować – albo będziemy wydawać pieniądze dla komfortu, albo dla ratowania życia. To może lepiej wydawać pieniądze na ratowanie życia, właśnie na leczenie udarów a, w sposób asertywny i skuteczny, negocjować w interesie nas wszystkich z podmiotem odpowiedzialnym.

Odnośnie do rehabilitacji to pani profesor wspominała, że jeśli chodzi o rehabilitację wczesną, od pewnego czasu zostały zmienione zasady finansowania – została wyodrębniona z rehabilitacji i chyba generalnie działa dobrze. Ona jest dobrze finansowana. Te oddziały powstają. Nastąpiła olbrzymia progresja nakładów na rehabilitację neurologiczną, jeśli chodzi o udary.

Natomiast, jeśli chodzi o rehabilitację późniejszą, jest bardzo ważna rzecz, o której też tu była mowa. Otóż, w pewnych sytuacjach, w drodze rehabilitacji już nie jesteśmy w stanie uzyskać żadnego efektu. Musimy mieć świadomość, że w niektórych sytuacjach efektywność rehabilitacji dożywotniej, że tak powiem – jest wątpliwa. To jest pierwszy aspekt.

Drugi aspekt jest taki, że najważniejsze i najszybsze efekty uzyskuje się w pierwszym okresie rehabilitacji. Później te efekty (jeśli w ogóle można je uzyskać) już nie są tak znaczące. I tu mamy wiele możliwości uzyskania rehabilitacji, począwszy od tego, że w ramach fizjoterapii ogólnoustrojowej pacjenci mogą być rehabilitowani w trybie stacjonarnym, i w trybie ambulatoryjnym, i w trybie dziennym, mogą być rehabilitowani w oddziałach dziennych, według tworzonych programów rehabilitacji neurologicznej. Dodatkowo każdy świadczeniodawca w ramach kontraktu na rehabilitację ambulatoryjną jest zobowiązany zapewnić odpowiedni odsetek świadczeń udzielanych w trybie domowym. Dodatkowo NFZ kontraktuje również rehabilitację domową. To jest rehabilitacja skierowana do tych pacjentów, którzy mają ograniczone możliwości poruszania się.

Powiem rzecz banalną: pewnie dobrze by było zakupić jeszcze więcej rehabilitacji ogólnoustrojowej, przy czym nie mamy możliwości wyodrębniania tych pacjentów, u których jest wykonywana rehabilitacja, którzy mieli udar, od tych, którzy mają zmiany zwyrodnieniowe i od tych, którzy są po innych chorobach zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego lub urazach, na przykład, komunikacyjnych. Ci wszyscy pacjenci oczekują na rehabilitację i stoją w kolejce. Uprzywilejowanie pacjentów poudarowych polega na utworzeniu odrębnego sposobu finansowania rehabilitacji neurologicznej na wczesnym etapie. Wszystko związane jest z dostępnymi środkami, które są w gestii publicznego płatnika. Jeśli w jakiejś perspektywie ilość środków będzie wzrastać, to – oczywiście, stosując priorytety – ta rehabilitacja na pewno będzie zyskiwać. Aczkolwiek, muszę powiedzieć, że rehabilitacja neurologiczna jest traktowana priorytetowo i jest dostępna.

Odnośnie do personelu, słusznie pan przewodniczący zauważył, że mamy pewien problem. Ten problem wynika ze słabej dostępności specjalistów fizykoterapii. Niestety, na to nie mamy wpływu jako płatnik. Pewnie może się tak zdarzyć, że ktoś wykazuje fikcyjnie ten personel. My staramy się takie zjawiska eliminować, na to nie mamy do końca wpływu. W ustawie są zapisane konsekwencje karne za składanie fałszywych oświadczeń również w kwestii dotyczącej personelu.

Odnośnie do apelu pani profesor o zapewnienie psychologa i logopedy w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, powiedziałbym, że jednak byśmy sobie trochę pogorszyli warunki dostępu do tych świadczeń, bo nie mamy tylu logopedów i psychologów, żeby w każdej rehabilitacji ambulatoryjnej oni byli dostępni.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Jeszcze krótko pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo.

Panie prezesie, chciałabym dopytać o taką rzecz. Dużo mówimy o rehabilitacji, także ambulatoryjnej. Rehabilitacja jest także w ramach opieki długoterminowej dla pacjentów chorych przewlekle, mówię o opiece nie w instytucjach, tylko we własnych domach. Docierają do mnie takie głosy, chciałabym uzyskać informację na ten temat.

Czy prawdą jest, że wycena tej opieki długoterminowej uległa zmianie w ostatnim czasie i, czy – rzeczywiście – spowodowało to, że jest utrudnienie, aby ta opieka w swoim zasobie miała również rehabilitanta?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Czy mówimy o pielęgniarskiej opiece długoterminowej, pani poseł?

Chcieliśmy zmienić zasadę finansowania wychodząc z założenia, że chcemy płacić inaczej a, mówiąc wprost, więcej za pacjentów w stanie poważniejszym, którzy wymagają bardziej intensywnej opieki, ale to nie spotkało się ze zrozumieniem środowiska, głównie pielęgniarek. Dlatego odstąpiliśmy od tej zmiany. W związku z tym, zasady są takie, jak do tej pory.

Przygotowywany jest projekt zmiany zarządzenia, ale w tym projekcie nie proponujemy już takich zmian, które różnicują poziom trudności pacjenta, różnicują sposób finansowania w zależności od tego, co konkretnie jest u pacjenta wykonywane. Będzie po prostu opłata ryczałtowa. Jest tylko zmiana w zakresie tego, czy pacjenci są na terenie DPS-u czy w domu, tak jak było dotychczas.

Odnośnie do innych obszarów rehabilitacji, zmiana jaka była (tego też dotyczyła gorąca dyskusja, ale jestem przekonany do słuszności rozwiązania) to była kwestia rozdzielenia finansowania u pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych. Do tej pory mieliśmy finansowanie jednakowe...

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, to wiemy. Mnie chodziło tylko o rehabilitację.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dziękuję.

Ja krótko podam pewne fakty. W Polsce mamy na dzisiaj 182 oddziały udarowe, zgodnie z rejestrem. Oczywiście, różnie się to układa w różnych województwach, ale jest to skala ponad 3 tys. łóżek. To uzupełnienie tego, o czym mówiła pani profesor. Na Śląsku jest 28 oddziałów a najmniej jest w Opolu – 2 oddziały. Taka jest rozbieżność, ale generalnie w dużych województwach jest po kilkanaście oddziałów udarowych, więc ten progres jest zdecydowanie widoczny przez te lata. Oczywiście, mamy świadomość, że to nie jest wszystko, co można zrobić, jak w każdej z innych dziedzin, o której byśmy dyskutowali, ale ten kierunek jest chyba pozytywny i rozwój w leczeniu udarów jest zauważalny.

Odnośnie do leków, o których rozmawialiśmy, dzisiaj mamy taką sytuację, że działa ustawa refundacyjna i leki muszą przejść przez pewne sito czy procedurę. I, jeżeli się jej nie poddadzą, czy firmy nie będą chciały przez tę procedurę przejść, to nie możemy leków refundować. Jednak w Ministerstwie Zdrowia procedowane są wnioski – zresztą, pisaliśmy o tym w naszym materiale – o objęcie refundacją kilku leków.

Pierwszy, to wniosek o objęcie refundacją Apixabanu we wskazaniu zapobiegania udarom mózgu i zatorowości systemowej u dorosłych pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków. Drugi, to Ticagrelor we wskazaniu u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym oraz wskaźnikiem przesączania kłębuszkowego poniżej60 ml/min. Inny lek, to Rivaroxaban w profilaktyce udaru – o czym mówił pan przewodniczący Hoc – i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków. Kolejny lek, to Etexilate. Tak więc, te procedury trwają.

Mam też oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych, która ocenia wagę ceny proponowanej przez firmę w stosunku do korzyści, jakie niesie ten lek. Te negocjacje nieraz trwają dłużej, ale cyklicznie, co dwa miesiące, na nowe listy refundacyjne wprowadzane są nowe leki, kiedy te procedury są kończone. Te leki, prędzej czy później, na te listy trafią. Tak więc są nie tylko inwestycje w oddziały udarowe, ale i zwiększone nakłady na rehabilitację i leki.

Na pewno nikomu do głowy nie przychodzi myśl, żeby z tej drogi zawrócić, i uznać, że wszystko jest już idealnie, bo nie jest. Jak w wielu innych dziedzinach – jak powiedziałem – musimy się rozwijać, ale niewątpliwe osiągnięcia akurat w tej dziedzinie są. Patrzymy na to bez huraoptymizmu, ale – jeżeli w tym tempie będziemy dalej zwiększać nakłady i zwiększać dostępność nowych leków i terapii – to myślę, że za rok czy dwa, podsumowując po raz kolejny ten temat, będziemy mogli powiedzieć, że znowu zrobiliśmy znaczny krok do przodu.

Zaangażowanie osób – jak widać, pani profesor i pan profesor żyją tym tematem – jest bardzo duże i praca wykonywana przez państwa jest wielka. Wspieranie Ministerstwa, a nawet czasem naciskanie na ministerstwo czy na NFZ, jeśli chodzi o niektóre rozwiązania, jest widoczne. I jest efekt tej pracy. Te pozytywne zmiany, to efekt pracy takich ludzi, za co dziękujemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, dyskutowaliśmy o tym. Prosimy (oczywiście, nie w formie dezyderatu), żeby jednak przyjrzeć się tym problemom, które wybrzmiały na posiedzeniu Komisji, bo jest postęp w ostatnich latach, ale wiele rzeczy jest jeszcze do zrobienia. Zostały tu zasygnalizowane, zarówno, jeżeli chodzi o rehabilitację, jak i kwestię leczenia samych udarów. Mówimy to z pełnym przekonaniem, myślę, że w zgodzie w obrębie prezydium, czy całej Komisji, że dodatkowo wydane środki będą zaoszczędzone w innym miejscu. Jestem przekonany, że to da się również w ten sposób przedstawić i wyliczyć.

Dziękuję bardzo.

Dalsza ewentualna dyskusja już w kuluarach. Kończę posiedzenie w tym punkcie i ogłaszam trzy minuty przerwy technicznej, po czym przejdziemy do punktu drugiego.

Dziękuję za przybycie gościom zaproszonym do punktu pierwszego.

[po przerwie]

Szanowni państwo, jesteśmy zobowiązani w dniu dzisiejszym przedstawić propozycje do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli. Tak się składa, że do Komisji nie wpłynęły ze strony państwa żadne propozycje. Ja chciałbym zaproponować dwa tematy, zresztą po konsultacji w obrębie prezydium. Jednym z nich jest „Funkcjonowanie systemu ratownictwa w Polsce".

Od razu powiem, że poprzednio, czyli w zeszłym roku, proponowaliśmy dwa tematy, które dotyczyły tego zagadnienia, bo jednym z tematów był „Poziom realizacji i wdrażania numeru alarmowego 112". Drugim tematem była „Kontrola NFZ w zakresie rozstrzygania konkursów dotyczących ratownictwa medycznego". Oba z tych tematów nie zostały przyjęte przez NIK do realizacji, czy wcześniej przez naszych kolegów z Komisji do Spraw Kontroli Państwowej.

Wydaje się, że obie sprawy, które proponowaliśmy rok temu, możemy połączyć i jeszcze rozszerzyć o w ogóle funkcjonowanie ratownictwa w Polsce. Co jakiś czas są różnego rodzaju zdarzenia, później minister musi się tłumaczyć na posiedzeniu Komisji, w związku z tym warto przyjrzeć się temu, jak ten system funkcjonuje, jak funkcjonują centra powiadamiania ratunkowego, jak jest z dostępnością numeru 112 i jakie są problemy w tym zakresie, w pewnych miejscach jest dostępny w większym stopniu a w innych – w mniejszym. Ponieważ weszły na rynek podmioty prywatne, być może trzeba obalić pewne mity, bo są różne przeświadczenia – jedni uważają, że to bardzo źle, inni twierdzą, że to dobrze. W związku z tym, myślę, że całości tego systemu, na ile oczywiście będzie to realne w ramach możliwości, jakie ma NIK, warto się przyjrzeć. To jest propozycja nr 1.

I propozycja nr 2 – częściowo zmodyfikowana po dyskusji z panią przewodniczącą. Szanowni państwo, mamy różnego rodzaju rekomendacje AOTM i na dobrą sprawę nie wiemy później, co z tych rekomendacji wynika. Moglibyśmy przyjrzeć się efektywności tych rekomendacji i temu, jak przekłada się to później na decyzje innych podmiotów. Myślę, że to też byłoby warto sprawdzić.

Nie wiem, czy dałoby się to połączyć, ale jako trzecie zagadnienie moglibyśmy podać kwestię wyceny procedur medycznych, bo jak pamiętam, od lat, właściwie w każdej kadencji, dyskutujemy o tym, że niektóre procedury medyczne są przeszacowane – tak nam się wydaje na podstawie rozmów ze środowiskiem i informacji, jakie do nas docierają od dyrektorów, a także na podstawie tego, jak niektóre dziedziny medyczny się rozwijają i tworzą różne oddziały czy pracownie – i są procedury niedoszacowane. Nie wiem, na ile Najwyższa Izba Kontroli mogłaby nam być w tym pomocna, ale z pewnością warto byłoby się również temu przyjrzeć.

Nie wiem, jakie jest zdanie państwa. Proszę ewentualnie to skomentować. Zdaje się, że pierwszy temat jest poza dyskusją, a odnośnie do dwóch następnych, ewentualnie możliwości ich połączenia, myślę, że byłoby warto...

Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ja podzielę się taką refleksją.

Mam wątpliwości odnośnie do trzeciego tematu, dlatego, że wycena świadczeń... Co tu NIK będzie brać pod uwagę i jaką technikę kontroli ma przyjąć? Rozumiem, że jeżeli prosimy o kontrolę NIK-u, to chcemy mieć globalny ogląd danego tematu – jak to przebiega, jak się rozwija, jaka jest efektywność, co to daje. Natomiast w przypadku samej efektywności jest to konkretny rachunek ekonomiczny.

Wydaje mi się, że jest to za wąsko sformułowane. Jestem przeciw.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

OK, przyjmuję to do wiadomości.

Panie przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja nie tyle w dyskusji odnośnie do tematów, ile mam prośbę i wniosek. Zdaję sobie sprawę z tego, że trochę późno, ale te sprawy teraz nabrały istotnego rozmachu.

Proponowałbym jeszcze jeden temat, nr 3 (jeśli wypada ten nr 3…): kontrolę Najwyższej Izby Kontroli w aspekcie kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem Oddziału Wojewódzkiego w Szczecinie. Ostatnio w dramatycznych okolicznościach dochodzą do mnie różnego rodzaju pisma, skargi, na kontraktowanie tego rodzaju świadczeń. Zdaję sobie sprawę z tego, że w naszym województwie pomorskim jest nadprodukcja podmiotów, które zgłaszają akces, aplikują do tego rodzaju świadczeń, natomiast odnoszę wrażenie, że oddział wojewódzki (ale, wydaje mi się, że tak jest w całej Polsce, bo z całej Polski napływają takie sygnały) traktuje je na zasadzie „równy-równiejszy” a kryteria są bardzo nietransparentne, często są nieprawidłowości. Dlatego zgłaszałbym wniosek do NIK o sprawdzenie kontraktowania przez NFZ, ze szczególnym uwzględnieniem Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie, w zakresie świadczeń rehabilitacji ogólnej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, niestety, że nie będziemy mogli tego zrealizować. Są dwie sprawy, jeśli chodzi o całą rehabilitację medyczną. Mam przed sobą pismo, które otrzymałem z Najwyższej Izby Kontroli, z prośbą, abyśmy nie powtarzali tematów kontroli z tego lub zeszłego roku. Tego właśnie dotyczyła kontrola NIK. Zostaliśmy poinformowani, co było zrealizowane, żeby tego nie powtarzać.

To pierwsza sprawa.

Myślę jednak (bo to było sformułowane ogólnie, chodziło bowiem o kwestię dostępności finansowania rehabilitacji leczniczej w całej Polsce), że nic nie stoi na przeszkodzie, aby pan przewodniczący wystąpił o kontrolę już ukierunkowaną, w konkretnym oddziale, czyli w województwie zachodniopomorskim...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Tak uczynię.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że skoro są takie sygnały, jest to jak najbardziej zasadne.

Czy są jeszcze inne propozycje?

Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Mam taką propozycję.

Otrzymujemy raporty Najwyższej Izby Kontroli, omawiamy je (tam są różnego rodzaju wskazania, co trzeba byłoby zrobić, poprawić, zmienić), po czym nie wiem, co się stało dalej. Proponowałabym, żeby jedno posiedzenie Komisji poświęcić temu, abyśmy mogli dowiedzieć się, co z tych zaleceń NIK w stosunku do systemu ochrony zdrowia zostało

wykonane, jak i kiedy zostało wykonane i jakie są rezultaty tej kontroli. Bo my na razie tylko mówimy, że trzeba skontrolować a potem jakby przestajemy się interesować tym, dlaczego tak jest.

Na przykład, mnie bardzo interesuje, jak ministerstwo i NFZ odniosą się do tego, że z publicznych środków przeznaczonych na stomatologię dziecięcą korzysta 2,96% dzieci. To jest rzecz niezwykle interesująca. Takich różnych spraw podawanych w raportach NIK jest bardzo dużo. Proszę prezydium, żeby odbyło się takie posiedzenie. Zaznaczam tylko, że z NIK musi przyjść osoba odpowiedzialna, bo na posiedzenie Komisji Administracji i Cyfryzacji przyszła pani, która pełni obowiązki zastępcy dyrektora departamentu prawnego w NIK, i naprawdę taka rozmowa mija się z celem. Tu, oczywiście, musimy zadbać o to, żeby przyszedł przynajmniej wiceprezes NIK, czy prezes, i przedstawił nam, co z tego, co oni stwierdzają, badają starannie, piszą i przedstawiają, zostało wykonane a czego rząd nie wykonuje.

Być może ma powody, żeby tego nie robić, ale to też chcielibyśmy wiedzieć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł, jak najbardziej słuszna uwaga. Za mniej więcej miesiąc będziemy przyjmować plan pracy Komisji na drugie półrocze, myślę więc, że wtedy do tego wrócimy. Pani poseł zaproponuje ten punkt do planu pracy na przyszłe półrocze. Jak najbardziej słuszna uwaga – warto spotkać się z NIK i porozmawiać o tych wszystkich kontrolach, i co z tego dalej wynikło.

Proszę bardzo, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Po konsultacjach, chciałabym, żeby ewentualnie rozważyć temat (przepraszam, że nie zrobiłam tego wcześniej i nie przesłałam tego na piśmie w normalnym trybie) związany z informatyzacją w systemie ochrony zdrowia. Ponieważ zostały poniesione nakłady na stworzenie różnych systemów, może poprosilibyśmy o sprawdzenie, chociaż wycinkowo, efektywności tych nakładów. Czy te nakłady były słusznie poniesione, i jak się sprawdzają takie systemy jak Zintegrowany Informator Pacjenta czy Rejestr Usług Medycznych? To są dwa niezależne systemy, które zawierają bardzo dużą bazę informacji. Jeżeli będą one funkcjonować prawidłowo, zostaną wdrożone, to dadzą nam bardzo duży potencjał informacyjny do wykorzystania zarówno przez ministerstwo, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi o to, czy z tych danych rzeczywiście się korzysta.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Myślę, że to słuszna uwaga. Nie wiem, czy jest zgoda odnośnie do tego, żeby – po pierwsze – przyjąć te trzy propozycje. Rozumiem, że zaufamy pani poseł Kłosin, „dopieści" tytuł naszego wystąpienia do NIK.

Jeszcze pan poseł Dziuba, bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Swego czasu na posiedzeniu Komisji pojawiła się kwestia realizacji obowiązku szczepień ochronnych w Polsce. Jak wiadomo, epidemiolodzy są bardzo zaniepokojeni tym, że coraz większa liczba rodziców uchyla się od obowiązku szczepienia dzieci. Zatem, być może warto byłoby zasugerować Najwyższej Izbie Kontroli taki właśnie tytuł: „Realizacja szczepień ochronnych w Polsce".

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że trzeba by to doprecyzować, bardziej szczegółowo przedstawić, co mamy na myśli, ale jak najbardziej realizację szczepień warto skontrolować.

Co pan poseł miałby na myśli mówiąc o kontroli?

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Myślę, że naszym zadaniem nie jest zawężanie granic kontroli przed Najwyższą Izbą Kontroli. Jeżeli powiemy, że interesuje nas realizacja szczepień ochronnych w Polsce albo ewentualnie – to drugi wariant – realizacja obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce, to będzie to dostatecznie czytelne i NIK odpowiednio do swoich możliwości ten tytuł czy to zagadnienie dostosuje. Nie miałbym więc takich obaw. To jest raczej kwestia decyzji, czy zaproponować taki przedmiot kontroli Izbie i czy potem Izba podejmie się tego tematu...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem...

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

O ile wiem, od lat nie było takiej kontroli.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem.

Szanowni państwo, jeżeli nie ma głosów przeciwnych, to mamy cztery tematy, które zaproponujemy.

Przypominam, że nasze propozycje przechodzą przez Komisję do Spraw Kontroli Państwowej, w związku z tym jest mało prawdopodobne, aby wszystkie cztery tematy zostały przekazane, ale te cztery tematy przedstawimy Komisji.

Rozumiem, że nie ma głosów przeciwnych, jeżeli chodzi o przyjęcie tych propozycji.

Nie słyszę zgłoszeń.

W związku z tym, dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.